

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....dnia, .....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia lub wyłuszczenie w stawie barkowym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda lub wyłuszczenie w stawie biodrowym	pieczętą, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny:  uraz  inna, jaka:

.....  
Aktualny stan procesu chorobowego:  stabilny  niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętą, nr i podpis lekarza